法人代表者証明書 発行更新 申請書 記載留意事項

申請日　　年　　月　　日

Medicertified サービス管理者　殿

申請日時点の法人代表者名、法人の印鑑証明書の印で押印してください。

申請者名　　㊞

法人の印鑑証明書の印で押印して下さい

法人代表者証明書(Type-S) 発行更新 申請書

利用申込同意事項をご確認下さい。
同意がない場合は申請書を受領できません。

◆同意される場合は、チェックボックスにチェ

同意事項	□ 利用申込同意事項を熟読し以下の事項について同意します ・個人情報の取り扱い　・証明書所有者の義務

提出を省略する場合のみ、該当する項目にチェックを入れてください。
「確認書」にて後日提出を明示している場合はチェック不要です。

◆該当する項目をチェックしてください

提出を省略する書類	下記の書類は過去6年以内に提出済みであり変更がないため今回の提出は省略します □ 法人の登
資本金額	□ 100億円

資本金額により申請発行費用が異なりますのでお間違えないよう、該当する項目にチェックを入れてください。

◆証明書情報（電子証明書発行対象者情報） 日本語表記はできません

お願い： 1(数字)と l(ｴﾙ)は判別が難しいため

使用可能文字：半角英数字 半角スペース －(ハ　　用不可

文字数の制限：OU(CompanyName)、OU(Title)、(

OU (Company Name) 会社名	
OU (Title) 肩書	
CN (Common Name) 証明書発行対象者名	
証明書記載メールアドレス	

【OU】使用可能な文字と文字数にご留意の上、記載してください
OU(Company Name)に会社名、OU(Title)に肩書を記載してください。
例：Medis Co. Ltd. / Medis K.K. /
President / CEO /

【CN】
CN(Common Name)には、証明書発行対象者となる法人代表者名を記載してください。名前と苗字の間は半角スペースを入れてください。
(例：Hanako Medis)

【証明書記載メールアドレス】
受信が可能なメールアドレスを記載してください。
例：業務の代表メールアドレス または 証明書所有者のアドレス
PMDA への電子的報告に使用している送受信専用メールアドレス など

◆連絡先(申請担当者)

会　社	
所属部署・役職	
所　在　地	
氏　　名	
フリガナ	
連絡先メールアド	
電話番号	

連絡先は、電子証明書の発行や更新に関するご連絡をさせていただくために使用します。
申請書提出後に変更があった場合は変更内容をお知らせ下さい。
代理人による申請の場合、申請担当者と代理人が異なっていても支障ありません。
但し、郵送申請で以下の◆郵送先情報を「連絡先と同一」とする場合は、代理人の情報を記載してください。

◆郵送先情報（郵送申　　ス　申請者または委任状で委任されている代理人の宛先をご記載ください。本人限定受取郵便(書留)で発送します。　　が受け取ることのできるご住所を指定して下さい。また、郵便局の保管期限内(約10 日間)に必ずお　　提示が必要です。)

□ 連絡先と	
所 勤務先の場合は 等も記載し	
氏　　名	
電話番号	

【連絡先メールアドレス】
電子証明書の発行案内や更新のお知らせなどの連絡に使用します。
お間違えのないようご記載ください。
また、1(数字)と l(ｴﾙ)を含んでいる場合は判別可能なフォントをご使用いただくか、イチ・エルなどフリガナを記載してください。